



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumna:**

**Esthephany Michelle Rodríguez López**

**Materia:**

**Mapas conceptuales**

**Grado: 6 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez a 12 de Noviembre del 2024**

# ABORTO

Interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable o la expulsión del producto de gestación con peso menor a 500 gramos.

## ETIOLOGÍA

### Fx ovulares

- Trisomía de un autósoma
- Monosomía X
- Triploidia o tetraploidia

### ALT. Aparato genital femenino

- Insuficiencia istmocervical
- Senecias o miomas uterinos

- Infecciosas
- Endocrinopatías
- Traumatismos

## DIAGNÓSTICO

- \* Ecografía → viabilidad fetal
- \* Tacto bimanual
- \* Detección de BHC

### inmunoglobulina anti-D

- Mujer anti-D (-) debe recibir inmunoglobulina anti-D después de un aborto

## FORMAS CLÍNICAS

### Amenaza de aborto

Aparición de una metrorragia en la primera mitad de gestación acompañada de contracciones más o menos intensas, todavía cuello uterino cerrado en útero

## TX

- Reposo absoluto
- Doplem. Acido fólico
- Sedante
- Tx hormonal

## SEGUIMIENTO

- Med. seriadas  $\beta$ -HCG 2-3 días
- Segun ecografico transvaginal semanal
- Analgesicos
- Antiespasmódicos: Butilbrosina

### Aborto en evolución

Presencia de contracciones uterinas con cuello uterino modificado y producto de concepción

### Aborto inevitable

Es la presencia de ruptura de membranas o la existencia de sangrado incoercible

### Aborto completo

Consiste en la expulsión de los productos de la gestación, dejando útero vacío y limpio

## MANEJO TX

- Mujeres que no deseen intervención
- Aborto esp. incompleto

## FARMACOLÓGICO

- < 10 SDE
- Mifeprostol 800mcg/6 hr

### Aborto consumado

Consiste en la expulsión del huevo

### Aborto detenido

Es aquel en el que se comprueba la muerte del embrión sin producirse la expulsión del mismo

### Aborto incompleto

Existe la expulsión parcial de restos ovulares con restos intrauterinos

## TX OX

- A MEU → Altura ut. < 11cm → Dilatación cerv < 1cm
- LUI → Alt. uterino > 0.2cm → Dilat. cervical > 0.1cm

# RUP. UTERINA

↓  
Desgarro de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero

## CLASIFICACIÓN

### EXTENSIÓN

- Parcial si es solo una porción, ya sea el segmento inferior o cuerpo uterino
- Total si abarca ambas porciones

### PROFUNDIDAD

- Incompleta: Abarca mucosa y muc. matriz, feto queda en útero
- Completa: Si al ingresar al peritoneo pone en comunicación la cavidad uterina con cavidad abdominal

## CLASIFICACIÓN

### Espontánea

- Sin procedimiento médico
- Aquellas roturas que se presentan en úteros en los cuales hay causa predisponente

### Traumática

- Asociada con oxitocina, parto pélvico, forceps

## Rx RIESGO

- Lesión o anomalía uterina previa al embarazo actual
- Multiparidad extrema
- Macrosomía fetal
- Presentación inadecuada
- Cicatriz uterina → separación

## DIAGNÓSTICO

- Tacto → Presentación encajada
- Síntomas de rotura uterina consumada
- Sensación de alivio por contracciones
- Palpación: Parte fetal muy cerca a la piel, matriz retraído en fosa iliaca o flanco opuesto donde está la parte fetal

## T R A T A M I E N T O

- Hemodinámico: Dolor con cristaloides IV
- Quirúrgico: Reparación de ruptura, ligadura de vaso pélvico, histerectomía
- Histerectomía → Extensión de herida y su infiltrado crea un peligro de rotura uterina

# DESP. PREM P. NORMA

↓  
Es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto

## EPIDEMIOLOGÍA

- Complicación → mundial 0.3-1%
- Estudio histopat. → mayor incidencia

## Fx RIESGO

- Desprendimiento previo
- Hipertensión
- Anomalías estructurales del útero
- Consumo de cocaína
- Fumar cigarrillos

## MANEJO MED

- Estandar a pacientes que probablemente den a luz en 24-48hr
- \* Sulfato de magnesio  
Neuroprotección de embarazo < 32 SDE
- \* Profilaxis contra Streptococo B
- \* Maduración pulmonar

## FISIOPATOLOGÍA

- Rotura de vasos maternos, en decida basal
- Sangre acumulada rompe la decida, al separar una fina capa de decida con su adherencia placent.

## ABORDEJE

- Índice elevado de sospecha
- Px con sangrado vaginal

## CLÍNICA

- Dolor abdominal
- Contracciones uterinas
- Útero sensible a palpación
- Dolor lumbar → plac. post

## INDICACIONES

- \* Edad gestacional
- \* Estado de madre
- \* Estado del feto

Muerte fetal

Feto vivo a término

Compromiso fetal

Minimizar morbilidad materna

Trabajo de parto

Parto por cesárea

## ETIOLOGÍA

- Traumatismos abd. directos
- Traumatismos indirectos por un mecanismo de cizallamiento
- Consumo de cocaína con consecuente vasoespasmo

## DIAGNÓSTICO

- Prueba inicial: USG
- Anamnesis y evaluación verificar estado materno
- Monitorización continua

## TRATAMIENTO

- Adm. cristaloides, para mantener diuresis > 30mL/h
- Transfusión de sangre

# ENF TROFOBlastica Gestacional

Espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo, que se origina en el epitelio de la placenta

Mola hidatiforme

(Maligna)  
Neoplasia trofoblastica gestacional

Anomalías de vellosidades corionicas consistentes en proliferación trofoblastica y edema del estroma

Invasión agresiva al miometrio y la propension a la metástasis

Mola Completa

Mola parcial

Mola Persist

INVASIVA

- \* Ausencia de tejido embrionario
- \* Vellosidades corionicas de ven como una masa de vesículas claras.
- \* Varían en tamaño
- \* 69XY

- \* Presencia de tejido fetal
- \* Hay hipertrofia total de progresión lenta dentro del estroma de vellosidades corionicas, caracterizados por ser avasculares

Crecimiento trofoblastico excesivo con invasion extensa del tejido con células trofoblasticas y vellosidades comp

CORIOCARCINOMA GEST

Masa de crecimiento rápido que invade tanto el miometrio como los vasos sanguíneos. La metástasis a menudo ocurre temprano y casi siempre sanguínea

TUMOR TROF SETIOPLAC

- \* Células trofoblasticas intermedias, muchas de las cuales producen prolactina
- \* Hemorragia → Principal sintoma

TUMOR TROF EPITELIOIDE

- \* Se desarrolla a partir de la transformación neoplasica del trofoblasto intermedio tipo corionico
- \* Células más pequeñas y menor pleomorfismo nuclear

CLINICA

- \* Hemorragia irregular
- \* Lesiones metastásicas en vagina o vulva

DIAGN

- \* Medir hCG-β
- \* Valoración pélvica
- \* BH
- \* Radiografía torácica

TRATAM

- \* Referencia a Oncólogo
- \* Quimioterapia
- \* Metotrexato → común

SIGNOS

- \* progesterona ↑
- \* Hipertensión
- \* fondo uterino ↑
- \* Hemorragia irregular
- \* Ag postevacuacion → hCG-β

Flujo  
Imagen automatizada  
→ citometría

EPIDEMIO Y FX RIESGO

↑ FCT en mujeres de origen hispano

- \* Edad < 36-40 años
- \* 21 años
- \* Embarazo previo

Tx

- \* Evacuación fondo uterino
- \* Quimioterapia profiláctica
- \* Legado con coágulos
- \* PAMEU
- \* Histerectomía
- o AC craneal
- o USG endo vaginal

VIGILANCIA

- \* Prevenir embarazo durante 6 meses
- \* L3 hCG-β
- \* Estabilidad hemodinámica
- \* copos de nieve
- \* panial de pdep

Metástasis  
Algado  
Panm on  
con 2.5m

- \* cada 3 meses
- \* la PVE yourself

> 100,000  
→ cuantitativo

# PLAC PREVIA

Placenta crece en la parte más baja de la matriz (utero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta

## ETIOLOGÍA

◦ Se desconoce la causa, pero existen FX etiológicas

### FX OVULARES

◦ Retardo en maduración del blastocito, condiona implantación en zona baja

### FX MATERNOS

◦ Alteraciones endocrinales, ◦ Embarazos previos o legrados

### DX DIFERENCIAL

◦ Desprendimiento prematuro de placenta

\* Inicio brusco  
\* hemorragia interna o mixta  
\* Sangre roja oscura  
\* utero hipertónico

## EPIDEMIOLOGÍA

\* 0.2-0.5% → Todos los embarazos  
\* 15-20% → Hemorragias  
\* 33% → Muertes maternas por hemorragia

## CLASIFICACIÓN

### Placenta de inserción baja

Borde placentario a menos de 2cm de OCI

### Placenta oculta parcial

OCI cubierta de manera parcial por placenta

### Placenta marginal

Placenta justo en borde del OCI, No sobrepasa

### Placenta oculta total

placenta cubre completamente el OCI

## MANIF. CLÍNICAS

◦ Hemorragia → Inicio 24-28 semanas  
◦ Indolora  
◦ Inicio brusco, sin precursores  
◦ Sangre expulsa roja, líquida y rubicunda  
◦ Sangrado inicial escaso

## TRATAMIENTO

Px No sangra:

\* Placenta marginal o lateral puede migrar desapareciendo  
\* Realizar controles ecográficos  
\* No tactos  
Hemorragia escasa o moderada  
\* Reposo absoluto  
\* Dinámica → adm. β-simpático-miméticos  
Hemorragia intensa!  
\* Hasta semana 38  
\* Reposo absoluto y foliculid.  
\* Cesarea urgente